



DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

직업 재활 서비스 신청서

APPLICATION FOR VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

1. 소셜시큐리티 번호	2. 신청인의 이름	중간이름 첫문자	성
3. 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	4. 생년월일	5. 카운티	
6. 도로주소	시	주	우편번호
7. 전화번호(지역 번호 포함) <input type="checkbox"/> 팩스 번호 <input type="checkbox"/> TTY 번호(청각장애인용라인)			
8. 현재수혜하고 있는 보조금 종류 <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - 장애인용			

본인은 직업 재활부(DVR)에 본인으로 하여금 장래에 취업 할 수 있게 하는 서비스를 지원 받고자 이에 신청합니다.

1964년도 공민권법 제 IV부와 차별대우 금지에 대한 워싱턴주법에 따라 워싱턴주 사회보건부는 사회보건부에서 실시하는 모든 프로그램과 업무에 있어 해당인의 인종, 피부색, 신념, 종교, 성적지향, 재향군인의 장애여부, 월남전쟁참전퇴역군인의 여부, 국적, 성별, 장애여부, 혹은 연령으로 인한 차별대우를 금지한다는 것을 알고 있습니다.

WAC 388-890-1180에 따라 DVR에서 내린 결정에 대해 본인이 만족하지 않을 시에는 신청인 지원 프로그램에 연락할 수 있는 권리, 중재인 신청 권리 및 공식 청문회 신청 권리가 본인에게 있다는 것도 알고 있습니다.

해당되는 다음 빙칸에 표하여 주십시오.

- 차별대우에 대한 이의제기 절차와 신청인 지원 프로그램(CAP) 서비스를 본인에게 설명 해주었습니다.
- 본인은 본인이 직업재활 서비스 수여 자격이 되는지를 반드시 DVR 카운슬러가 결정해야 됨을 이해하고 있습니다. 본인에 대한 서비스 수여 적임여부를 결정하기 위해 본인을 평가해야 할 수도 있으며, 해당 평가업무에 본인을 참여시킬 수 있습니다.
- 본인에게 유권자로서 등록 할 수 있는 기회를 주었습니다.
- 필요한 정보를 DSHS 신청인 등록 시스템에 공개해도 좋다는 것을 DVR에게 승인합니다. 이 정보는 다른 DSHS 부서와의 업무를 진행하는 면에 있어 귀하의 카운슬러에게도움이 되는 정보입니다. 이 정보에는 귀하의 성명, 소셜시큐리티번호, 생년월일, 성별, 민족배경, 현지 치료를 담당하고 있는 기관/시설 등이 포함됩니다.

신청인/부모/보호자의 서명	신청 날짜
TO BE COMPLETED BY DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) STAFF	
DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT	